

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE **359**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves DAGNAN

Né le 4 Décembre 1907 à La Rochelle (Charente-Inférieure)

De l'ectopie congénitale du rein
dans ses rapports
avec la grossesse et l'accouchement

Président M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ.
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves DAGNAN

Né le 4 Décembre 1907 à La Rochelle (Charente-Inférieure)

De l'ectopie congénitale du rein
dans ses rapports
avec la grossesse et l'accouchement

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBŒULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	MII J. LEVY.....	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathol. expérimentale
HUGUENIN	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	Clinique obstétricale.
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY		ECALLE	Clinique obstétricale.
		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

ET

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR PICHON

Médecin Lieutenant-Colonel en retraite des Troupes Coloniales
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

*Faible témoignage de ma tendresse et de
ma profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA TANTE YVONNE

A MA TANTE JEANNE

A MA COUSINE NONO

A MA COUSINE PIERRETTE

A MA BELLE-MÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MON COUSIN LE DOCTEUR JACQUES BRAULT

Médecin Lieutenant des Troupes Coloniales

A MON COUSIN PIERRE MOISY

Ancien Elève de l'Ecole Normale Supérieure
Agrégré de lettres

A MON PARRAIN

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse. En témoignage
de notre respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR J. PETIT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Associé National de l'Académie de Chirurgie

ET A M. LE DOCTEUR PRINCETEAU

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Qui nous ont inspiré le sujet de ce travail et guidé dans cette thèse. Nous les prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR RENON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médaille d'Or de Chirurgie
Associé National de l'Académie de Chirurgie

*En remerciement pour la bienveillante
attention et l'intérêt qu'il n'a cessé de
nous porter durant notre internat.*

A M. LE DOCTEUR LAFFITTE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Associé National de l'Académie de Chirurgie

*Qui nous a aidé de ses conseils. En té-
moignage de notre vive gratitude.*

A M. LE DOCTEUR PANOU

Médecin de l'Hôpital de Niort
et des dispensaires anti-tuberculeux des Deux-Sèvres
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR SAINT-PAUL

Médecin de l'Hôpital de Niort
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES ÉCOLES DE MÉDECINE
DE TOURS ET DE POITIERS

*Qu'ils veuillent agréer l'expression de
notre sincère reconnaissance pour l'ex-
cellent enseignement qu'ils nous ont
donné.*

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans ce court travail, d'envisager l'ectopie pelvienne congénitale du rein comme cause de dystocie chez la femme enceinte.

La question n'est pas nouvelle, il s'en faut. Voilà plus de 25 ans que GIRARD, en 1911, dans une très belle thèse de plus de 500 pages, avait abondamment traité le sujet. Il s'était d'ailleurs cantonné dans l'étude du rein congénital simple sans symphyse et il avait consacré tout un chapitre de son travail au rein ectopique au point de vue obstétrical.

Depuis ce travail de GIRARD, nous trouvons dans la littérature, un certain nombre d'observations isolées que nous devons résumer et commenter.

Sur leur ensemble, on peut aujourd'hui étayer une conception nouvelle, non seulement du diagnostic de cette dystocie rénale et des accidents qu'elle est susceptible de faire naître, tant au cours de la grossesse qu'au moment de l'accouchement, mais aussi de la conduite à tenir en présence de ce rein

qui peut être appelé un *rein praevia*. Cette appellation date déjà de loin. Nous la trouvons dans le titre d'un mémoire original paru dans « Gynécologie et Obstétrique » en 1928 sous la signature du Professeur RAMOS de Buenos-Ayres. Le Professeur RAMOS, à propos d'une très belle observation, dont on trouvera plus loin le compte-rendu, parle en effet de la dystocie rénale congénitale comme *tumeur praevia dans l'accouchement*.

Depuis 1928, nous avons recueilli d'autres exemples de ce rein praevia. Le Docteur Laffitte, de Niort ; M. Le Lorier et Mayer, de Paris, ; M. Balard, de Bordeaux ; MM. Vermelin et Chalmot, de Nancy, ont rapporté des faits d'un intérêt essentiel, à notre avis, et qui permettent bien, à l'heure actuelle, de classer, avec une certaine précision, le rein praevia dans la nosographie médicale. L'observation personnelle que nous rapportons nous-même et que nous avons prise dans le service des Docteurs Petit et Princeteau, dont nous avons été l'interne à l'hôpital de Niort, sera, croyons-nous, un document en faveur de ce classement.

Le rein ectopique congénital doit donc figurer parmi les causes de dystocie. Sans aucun doute c'est une cause rare, mais si l'on convient qu'elle a été le plus souvent ignorée jusqu'au moment du travail,

peut-être pourrait-on apprendre à la pressentir plus tôt. Nous nous arrêterons tout spécialement, bien entendu, sur le diagnostic de cette cause de dystocie.

Dans « La Pratique des accouchements » parue en 1927, le Professeur Brindeau a consacré une page à l'étude du rein ectopié comme cause de dystocie. Voilà donc une notion devenue classique et l'on peut ajouter que c'est une vaste question. Tout d'abord, chacun sait la fréquence de l'ectopie rénale chez la femme. Toutefois il faut limiter le sujet. Il faut que l'ectopie soit entièrement pelvienne ou tout au moins voisine du détroit supérieur, pour créer une possibilité d'obstacle. Et alors on doit se demander si la congénitalité de l'ectopie joue ou non un rôle dans la formation du « praevia ». On pourrait croire, à première vue, que le rein congénitalement ectopié est une cause de dystocie plus fréquente que le rein ectopié bas d'origine non congénitale.

Il n'en est rien au sens absolu. Des faits assez nombreux de reins praevia ont concerné des ectopies acquises. Néanmoins, il convient d'attacher une action plus importante à la congénitalité de l'ectopie et, sans doute, est-ce en raison de la fixité plus grande du rein congénitalement ectopié, fixité dont on trouvera les causes au chapitre de l'anatomie.

Toujours est-il que les observations dont nous donnerons la teneur, y compris la nôtre, concernaient toutes des ectopies congénitales.

Nous allons donc limiter la question et n'envisager que le rein pelvien congénitalement ectopié.

Notre travail comprendra les chapitres suivants :

1° Etude anatomique de l'ectopie congénitale du rein chez la femme et principalement chez la femme enceinte ;

2° Observations de grossesses accompagnées d'ectopie rénale congénitale : Observation personnelle et observations recueillies dans la littérature depuis ces dernières années ;

3° Symptomatologie, évolution et diagnostic de la grossesse dans ces cas là ;

4° Pronostic et conduite à tenir ;

5° Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE ANATOMIQUE DE L'ECTOPIE CONGÉNITALE DU REIN CHEZ LA FEMME ET PRINCIPALEMENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Nous emprunterons une partie de ce chapitre à la thèse de Girard (1911). Mais nous reproduirons aussi deux ordres de faits :

1° Nous ferons les descriptions de reins congénitaux ectopiés tels qu'ils ont été vus, soit à des autopsies (M. Alglave) soit au cours d'exploration chirurgicales (MM. Laffitte, Balard, Le Lorier et Mayer, Petit et Princeteau).

2° Nous présenterons les faits anatomiques fournis par la radiologie, ce court exposé se rapportant à l'étude des pyélographies faites par les divers auteurs que nous citons.

*
* *

Girard insiste d'abord sur la rareté de cette ectopie congénitale du rein : 2 p. 1.000 au dire de Newmann. Et voici la classification qu'il en donne :

1° *L'ectopie porte sur un seul rein :*

- a) Lombaire basse
 - c) Pelvienne
 - b) Iliaque
 - d) Lombaire haute
 - e) Croisée
- Homo-latérale
- Hétéro-latérale,
- l'autre rein étant en situation normale ;

2° *L'ectopie porte sur un seul rein, mais l'autre est absent :*

- a) Lombaire basse
- b) Iliaque
- c) Pelvienne
- d) Croisée ;

3° *L'ectopie porte sur les deux reins :*

- a) Lombaire basse
- b) Iliaque
- c) Pelvienne.

Les deux reins peuvent être :

L'un lombaire, l'autre iliaque,

L'un lombaire, l'autre pelvien,

L'un iliaque, l'autre pelvien.

L'ectopie bilatérale peut être croisée (anomalie très rare).

Ajoutons d'ailleurs que tous les intermédiaires peuvent exister entre ces différentes positions.

L'embryologie explique-t-elle ces anomalies ? Rappelons, en premier lieu, l'embryologie du rein normalement situé : l'uretère naît du canal de Wolff, puis le bourgeon croît d'avant en arrière ; il se renfle à son extrémité postérieure pour former le bassinnet, vient buter et s'aplatir contre la colonne vertébrale ; ensuite, il se divise pour donner les deux grands calices ; dans sa marche d'avant en arrière, l'uretère est arrêté au niveau de la deuxième vertèbre sacrée, il monte alors verticalement jusqu'à ce que le bourgeon rénal atteigne sa place définitive, vers la fin du deuxième mois.

Or, il peut arriver au cours de cette ascension, que le rein s'immobilise précocement et c'est cet arrêt que l'on explique de différentes manières. On peut faire intervenir le rôle de certaines adhérences pathologiques, celui de diverses malformations squelettiques ; une autre hypothèse séduisante est celle qui s'appuie sur les malformations des organes génitaux d'après laquelle le bourgeon urétéral n'étant plus repoussé par les bourgeons voisins, trouverait devant lui une place inaccoutumée et se

fixerait prématurément. On pourrait dire alors que « *le rein reste en route* » et c'est cette expression suggestive qu'il nous faut finalement retenir. Il peut arriver aussi qu'il continue son chemin trop haut, mais le cas ne nous intéresse pas au point de vue obstétrical. Quelquefois enfin, le rein peut dévier de sa route et s'étaler dans la fosse iliaque pour glisser sous le péritoine postérieur et se placer en arrière du tube digestif. C'est l'ectopie croisée qui se trouve ainsi réalisée.

Mais ce sont là des distinctions d'ordre général. Pour mieux situer le rein ectopique congénital, on peut se reporter, avons-nous dit, aux descriptions vraiment anatomiques, aux dissections fournies par les auteurs. On peut aussi se reporter aux propres observations dans lesquelles il est dit que les yeux ont pu voir abdomen ou lombes ouverts.

Nous examinerons, en premier lieu, ce que disent les observations que nous avons recueillies, en ce qui concerne le siège même de l'ectopie, la forme du rein et du bassinet, la longueur de l'uretère, l'aspect et l'origine du pédicule vasculaire.

a) Dans l'observation de M. le Professeur Ramos, l'exploration anatomique du rein a été faite au cours de la césarienne : « On extériorise l'utérus, et alors on évalue le rein pelvien gauche comme une

tumeur rétro-péritonéale avec péritoine bien glissant sur une atmosphère graisseuse abondante comme dans le rein normal avec d'énormes vaisseaux engorgés qui se dirigent les uns par en haut, les autres vers l'intérieur, en direction de l'embouchure de l'iliaque. Cette tumeur, de la grandeur et de la consistance d'un rein normal, est de forme un peu plus aplatie.

Elle est située au côté gauche du promontoire, ferme le sinus sacro-iliaque gauche, embrasse la ligne innommée du même côté et réduit l'entrée du pelvis qui reste rétréci en ses diamètres transversal et oblique. La tête du fœtus appuyait directement sur la tumeur en forme de galette. Le pédicule très court permet un déplacement minime du rein. La direction et les particularités de l'uretère ne peuvent s'apprécier à cause de l'atmosphère graisseuse et par crainte de lésionner les vaisseaux. On explore la fosse rénale gauche et elle est vide ; la droite, en échange, est occupée par le rein de taille normale. »

b) Dans l'observation de M. Laffitte nous lisons : « La masse nous apparaît, alors bilobée, en forme de gourde très allongée, avec une partie inférieure, la plus volumineuse, siégeant dans le petit bassin ; une autre supérieure, plus petite, au niveau de l'articulation sacro-iliaque et débordant large-

ment le détroit supérieur (côté droit). L'ensemble est ferme. Cette masse est immobile, collée à la paroi pelvienne. Elle est recouverte de la simple épaisseur du péritoine pariétal. Ce dernier, mince, laisse voir une couleur brunâtre par transparence. On ne voit aucun élément aboutissant à cette masse qui, dans l'ensemble, occupe la fossette ovarienne et recouvre les vaisseaux hypogastriques. La couleur fait songer à un élément rénal, mais sa forme, sa fixité, nous déroutent. Une biopsie est pratiquée... quelques jours après la réponse de l'examen histologique nous parvient : Tissu rénal normal ».

c) Dans l'observation de M. Ballard, on fait une césarienne basse et « on va ensuite à la recherche de la tumeur qui est rétro-péritonéale, étalée en avant du promontoire et débordant légèrement à droite. La forme de la tumeur et une incision exploratrice permettent de conclure qu'il s'agit d'un rein dont le hile regarde en bas et à gauche. L'exploration des loges rénales nous permet de conclure que c'est le rein gauche qui est en ectopie, comme basculé avec la partie supérieure de l'uretère, une coupure s'étant produite au milieu du trajet de ce dernier ».

d) Dans l'observation de MM. Vermelin et Chalnot, après laparotomie et extériorisation de

l'utérus, « la main introduite en arrière de l'utérus, dans le petit bassin, trouve la masse dystocique ; elle est rétro-péritonéale, se laisse ramener facilement au-dessus de l'aire du détroit supérieur, et à ce moment, on aperçoit par transparence un pédicule vasculaire important qui aboutit au milieu d'une tumeur qui n'est autre que le rein gauche en ectopie et dont le bord convexe est situé vers le bas presque horizontalement ».

e) Dans l'observation de MM. Le Lorier et Maurice Mayer nous lisons que l'enfant ayant été extrait par césarienne corporéale « on va alors à la recherche de la tumeur praevia qu'on découvre en inclinant l'utérus en avant, et vers le côté droit; la masse grosse comme le poing, siège sous le péritoine pelvien latéro-rectal ; elle est franchement pelvienne et située au-dessous de l'artère iliaque primitive gauche, en avant et à gauche du promontoire. Elle est recouverte de péritoine par dédoublement du méso-rectum dont elle soulève le feuillet gauche ; entre le péritoine et la tumeur cheminent de nombreux organes : l'uretère gauche qui la croise obliquement et d'énormes veines dont certaines sont grosses comme un crayon reliées par des anastomoses multiples entre elles et aux veines hypogastriques gauches. La consistance de la masse est molle, rappe-

lant celle d'un lipome sous-péritonéal ou d'un kyste d'origine embryonnaire dermoïde. On n'extirpe pas la tumeur en raison des multiples vaisseaux qui cheminent à sa surface car on craint que leur blessure éventuelle détermine un hématome aggravant les suites opératoires ou amène à la nécessité de faire une hystérectomie ».

La laparatomie médiane sous-ombilicale étant pratiquée quelques mois après: « la tumeur a gardé le même volume et la même situation entre le rectum en dedans et les vaisseaux iliaques primitifs en haut et à gauche. On incise le péritoine pariétal pelvien en dehors et à gauche du méso-rectum, verticalement sur une hauteur de 5 centimètres et on tombe sur du tissu cellulaire richement vascularisé, dans lequel on chemine prudemment à la sonde cannelée et au doigt ; on arrive, ainsi, à un plan de clivage très précis qui permet de découvrir d'abord une graisse lobulée, jaunâtre, dense qui paraît confirmer le diagnostic de lipome mais par dessous apparaît un tissu lisse, consistant, gris bleuté qui ne ressemble en rien à un lipome ou à un kyste. On fait au doigt une exploration soigneuse qui montre que le bord inférieur de la tumeur est régulièrement arrondi et lisse alors que son bord supérieur est irrégulier et présente, au niveau d'une dépression siégeant à sa partie moyenne, des tractus épais qui la

fixent. On se rend compte qu'il s'agit d'un rein situé dans la cavité pelvienne dont le bord externe regarde en bas et en arrière alors que le hile est dirigé en haut et vers la ligne médiane.

L'exploration des régions lombaires montre qu'à gauche la fosse rénale est vide alors qu'à droite on sent nettement le rein dont le pôle inférieur est abaissé. Il ne s'agit pas d'un rein en fer à cheval car il n'y a pas de masse réunissant le rein pelvien gauche et le rein droit ; ni d'un rein surnuméraire car il n'y a pas de rein dans la fosse lombaire gauche. Le rein gauche est fixé dans sa position pelvienne d'où il résulte qu'il ne s'agit pas d'une ptose, mais d'une véritable ectopie ».

Ici c'est donc cette seconde intervention qui a fixé l'esprit sur la présence d'une ectopie rénale. Rappelons que, dans notre cas personnel, nous avions déjà une certitude en opérant notre malade dès le deuxième mois de la grossesse.

f) Dans notre observation personnelle nous avons pu faire, du point de vue anatomique, deux examens. Le premier, fut une lombotomie pratiquée au début de la grossesse. Nous avons vu, alors, que le rein était à cheval sur le détroit supérieur, absolument fixé, pourvu de pédicules vasculaires multiples dont nous n'avons pas voulu, par pru-

dence, poursuivre l'origine. Nous avons vu que ce rein était volumineux, lobulé, que son pôle inférieur se perdait dans le pelvis et qu'il occupait bien, aussi, l'emplacement classique de la fossette ovarienne.

La deuxième exploration se fit lors de la césarienne au cours de laquelle M. Princeteau a confirmé les précédentes remarques : l'obstacle *praevia* était bien le rein gauche dont le pôle inférieur descendait dans le petit bassin.

Voilà donc des constatations opératoires intéressantes. Mais on conviendra que les conclusions anatomiques plus précises sont bien celles que l'on trouve dans les autopsies. C'est pourquoi nous avons jugé utile de citer le travail intéressant que M. Alglave a publié à la Société de Chirurgie de 1930. La précision des recherches, résulte, évidemment, des facilités de dissection méthodique qu'offre l'autopsie. L'enchevêtrement des vaisseaux, le nombre des pédicules, la fixité du rein ectopique, le danger de pousser trop loin les recherches anatomiques entravent considérablement les explorations opératoires. Il va donc sans dire, que les constatations nécropsiques gardent un intérêt anatomique beaucoup plus instructif.

Au point de vue descriptif, nous avons trouvé des renseignements très substantiels dans le

compte-rendu nécropsique présenté par M. Alglave à la Société de Chirurgie de Paris à l'occasion de la présentation de l'important travail de M. Laffitte. Ce compte-rendu trouve sa place dans ce travail, nous semble-t-il, parce que, s'il ne s'agit pas de grossesse dans ce cas-là, il est toutefois question d'une femme. Or, cette relation de M. Alglave est tellement l'image de ce que nous avons trouvé, nous-même, chez notre malade, puis dans nos lectures, que nous ne pourrions la passer sous silence.

Voici cette description :

« Le rein droit est en situation pelvienne latérale, au-dessous du cœcum, de l'appendice et de la terminaison de l'iléon. Ces organes le recouvrent en partie et le pôle supérieur de ce rein se loge dans la fourche des gros vaisseaux en s'appuyant sur le versant pelvien du promontoire, cependant que son pôle inférieur repose sur la partie moyenne de la paroi pelvienne.

Ce rein est ainsi placé dans le cadran supérieur de la paroi pelvienne droite, dans une loge où l'on trouve habituellement l'ovaire et le pavillon tubaire.

A la dissection, ce rein était d'aspect un peu lobulé et offrait une inversion des organes de son

hile. Le bassinnet rénal était en avant, les vaisseaux derrière.

Les artères rénales étaient représentées par deux troncs : l'un venait de l'artère iliaque primitive gauche et se portait vers le hile du rein, l'autre se détachait de la bifurcation de l'aorte pour longer le bord convexe du rein et s'y perdre en plusieurs rameaux.

Les veines formaient deux groupes similaires, dont celui du hile était le plus important.

Le rein gauche était en situation normale et d'apparence normale, mais à côté de l'ectopie pelvienne du rein droit, on relevait une anomalie de conformation de l'utérus et aussi de l'annexe droite ».

*
* *

Il nous reste, maintenant, à étudier les résultats de l'anatomie radiologique apportés par la pyélographie. Nous les retrouverons dans des observations déjà citées et enfin dans notre cas personnel.

a) M. Ramos ayant eu, de son aveu, « l'inspiration » de pratiquer un examen urinaire, fit ainsi le diagnostic. La pyélographie lui révéla les détails de position et de forme de l'uretère et du bassinnet. Il donne un cliché qu'il ne commente pas, dans son

observation, mais où la position pelvienne du rein gauche apparaît nettement au niveau du détroit supérieur.

b) M. Laffitte a repris l'examen urinaire, quelque temps après la césarienne, et, n'ayant pu pénétrer dans l'uretère droit, a pratiqué une pyélographie du côté gauche. Il découvrit ainsi des anomalies du rein gauche. Celui-ci était en position normale, mais les calices et le bassinet étaient orientés en sens inverse de la normale, le hile regardait en dehors et non en dedans. Un calice supérieur semblait absent. Ce rein paraissait très allongé, car une tache étoilée était visible sur le cliché à une certaine distance de l'image principale et semblait en être un prolongement. Il y avait donc, du côté gauche, l'ébauche d'un rein bilobé, ce qui est bien pour confirmer la notion habituelle d'anomalies multiples de l'appareil génito-urinaire au cours des ectopies rénales congénitales.

A quelques mois d'intervalle, un nouvel essai permit de pénétrer dans le rein droit après un trajet de 15 centimètres environ et voici ce que rapporte M. Laffitte : « La pyélographie nous montre une ombre grise qui coïncide avec les constatations cliniques : il existe une double image dont l'une est pelvienne, la plus grande ; l'autre iliaque ; l'ensem-

ble est réuni par un fond assez large. Le hile semble empiéter sur la région moyenne de l'ombre, et regarde en dedans. »

c) MM. Le Lorier et Maurice Mayer ont fait, tardivement, un examen radiographique de la malade après que le diagnostic de rein ectopique eut été fait (quelques mois après la césarienne), par une laparotomie. Voici ce qu'ils en disent : « Une radiographie avec sonde opaque et uretéro-pyélographie est faite par le Docteur Moret, radiographe du Professeur Chevassu... A gauche le rein est en position pelvienne ; en outre il est malformé, le bassinet est distendu, les calices sont réduits et l'uretère présente une courbure dans le sens transversal ; d'autres radiographies ont montré qu'il présente une autre courbure dans le plan antéro-postérieur, ce qui explique le fait cité déjà que l'uretère gauche a une longueur de 20 centimètres égale à celle du côté droit.

A droite, le rein n'est pas normal : il est ptosé, mais, aussi, il est mal formé ; le bassinet est distendu et, d'autre part, il est mal orienté, car son sinus regarde directement en avant ».

On voit que réapparaît, ici, la remarque que nous avons faite pour le cas de M. Laffitte concernant les autres anomalies qui accompagnent l'ectopie rénale.



d) Dans notre observation, le cliché ci-joint obtenu par M. Laroche, radiographe de l'Hôpital de Niort, montre un rein gauche ectopié, à cheval sur la crête iliaque, volumineux, étalé. Il y a inversion des calices et du bassinet qui regardent en dehors. Le bassinet est dilaté. L'uretère est extérieur et antérieur par rapport au rein.

Voilà donc tout ce que nous croyons devoir signaler au point de vue anatomique dans ces ectopies rénales congénitales.

Au résumé, il nous faudra retenir de l'ensemble de cette étude ainsi envisagée, que le rein ectopique congénital est un rein « resté en route », qu'il est fixé et inversé, qu'il est souvent dilaté et bilobé ; d'autre part, si un seul côté est cause de dystocie (et c'est, le plus souvent, le gauche) il ne s'ensuit pas moins que le côté opposé peut être aussi l'objet d'une malformation et que d'autres malformations peuvent encore accompagner cette ectopie.

Toujours est-il (et c'est là, pour nous, un fait essentiel) que dans toutes les observations citées pour lesquelles il a été fait un contrôle anatomique, le rein constituait bien un obstacle à la progression du fœtus, ce qui justifie parfaitement l'appellation de *rein praevia* qu'on lui donne.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS DE GROSSESSES ACCOMPAGNÉES D'ECTOPIE RÉNALE CONGÉNITALE : OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE DE CES DERNIÈRES ANNÉES. ET OBSERVATION PERSONNELLE

Etant donnée la rareté de ces observations et le soin que chacun des auteurs a pris de les mettre au point, autant pour la symptomatologie et le diagnostic que pour l'indication obstétricale, nous croyons utile de reproduire exactement chacune d'elles en exceptant, toutefois, ce qui concerne les points de vue anatomique et radiologique déjà exposés au chapitre précédent.

Observation N° 1, de M. le Docteur Alberto Peralta RAMOS de Buenos-Ayres, Membre de l'Académie de Médecine, professeur de clinique obstétricale.

B. C... 25 ans, Argentine. Entrée à la clinique le 25 mai 1927.

Données familiales de l'enfance, la puberté et l'âge adulte, sans importance. Données obstétricales : grossesse, sans complications, de 7 mois et demi à son entrée. Examen général de ses organes : rien de particulier. Examen obstétrical : présentation céphalique déviée, position gauche, auscultation positive. Pelvis généralement et régulièrement rétrécis : p.p. m. 10.

Organes génitaux externes normaux, vagin élastique, plan périnéal extensible, articulation coxi-sacrée élastique, col de l'utérus dévié derrière le pubis, présentation haute et déviée. Dans le cul-de sac latéral gauche et postérieur, sur la paroi postérieure du pelvis, au-dessous du promontoire, plus ou moins à la hauteur du sinus sacro-iliaque gauche, on touche une tumeur de la grosseur d'une mandarine aplatie qui embrasse une partie de la ligne innomimée, du côté gauche, et réduit l'aire du détroit supérieur. Tumeur de consistance élastique, de surface irrégulière, un peu sensible à la pression, résistant aux tentatives de repoussement ; laisse l'impression d'une peu de mobilité aux dépens d'un pédicule très court.

Plusieurs diagnostics se posent pour expliquer l'origine et la nature de cette tumeur : fibrome, kyste, ectopie rénale congénitale.

Il paraîtra bizarre que ce dernier diagnostic vienne à l'idée, tenant compte qu'il s'agit d'une affection si rare qu'on n'y pense jamais et dont le diagnostic est le plus souvent une trouvaille d'opération ou d'autopsie. La grandeur, la forme, la consistance, le peu de mobilité de la tumeur, etc., sont les caractéristiques des tumeurs les plus communes : le fibrome ou le kyste.

D'autre part, cette tumeur ne s'accompagnait pas de déformations des organes génitaux qui puissent servir d'indices pour le diagnostic de cette complication. Il est certain que cette inspiration ne manqua pas. On y pensa et ce fut tout. La cystoscopie démontra que les deux reins fonction-

naient normalement, les orifices urétéraux à leur place. Le cathétérisme utéral donne la clé du diagnostic. Le cathéter gauche parcourait l'uretère du dehors au dedans, en un trajet très court de 10 cm., et étant vite rejeté. Tant que, déjà sur la voie du diagnostic, il fut nécessaire de répéter le cathétérisme urétéral qui donna la clé du diagnostic. Le cathéter dans la vessie pour éviter qu'il sorte et pouvoir transporter immédiatement la patiente au service de physiothérapie de l'hôpital Rivadavia, dirigé par le Docteur Caralegui afin de pratiquer la pyélographie que réussit le Docteur Mahieu, obtenant l'image du pelvis avec lipiodol. Le résultat fut démontré de la façon la plus concluante par la plaque radiographique. L'essai de dilution et concentration de l'urine fut normal.

Le diagnostic fait, on ordonna la thérapeutique, traitement purement expectatif, jusqu'au moment de l'accouchement, pour procéder, alors, d'accord avec le critérium appliqué à l'obstruction pelvienne par tumeur praevia. L'examen de l'urine révéla toujours des vestiges d'albumine, et, en certaine occasion, peut-être comme conséquence des examens du rein ectopique, des traces de sang. La grossesse n'a pas déterminé de phénomènes gravido-toxiques.

L'accouchement eut lieu le 5 juillet. Plusieurs heures se passèrent en douleurs d'intensité régulière, sans que la situation se modifie. Par palpation, on éprouve l'impression de disproportion pelvico-fœtale imputée à l'obstacle que la tumeur offre à la présentation. Au toucher : col avec dilatation de 4 centimètres, présentation céphalique haute, légèrement déviée appuyant sur la tumeur. Une tentative de repoussement de la tumeur réussit à la mouvoir en partie, mais elle reste sur l'aire du détroit supérieur bloquant l'entrée du pelvis.

L'accouchement chirurgical par opération césarienne basse fut résolu.

Anesthésie rachidienne, 0,08 cgs de novocaïne. Position de Trendelenburg, laparotomie médiane, infra-ombilicale, segment inférieur bien formé.

Césarienne basse cervico-segmentaire. Opitz, liquide amiotique normal, extraction de la tête du fœtus avec le levier de Sellheim, délivrance spontanée, utérus tonique à tout moment, perte de sang très modérée, suture de l'utérus.

Avec l'utérus en place, il n'est pas possible de se rendre un compte exact du rein pelvien gauche. On extériorise l'utérus. On ferme le ventre en trois plans.

Etat post-opératoire et suites de couches normaux. Allaitement maternel, enfant de 3.450 grammes. La mère et l'enfant s'en allèrent au bout de 18 jours.

Observation N° 2, de M. le Docteur Laffitte, chirurgien à l'Hôpital de Niort :

Il s'agissait d'une jeune femme qui fut transportée d'urgence à l'hôpital pour grossesse extra-utérine. Ce diagnostic avait été porté par un excellent chirurgien voisin et de fait tout semblait le confirmer. Arrêt des règles depuis deux mois ; douleurs pelviennes depuis trois à quatre jours ; tendances syncopales ; toutefois aucune métrorragie. Au palper, peu de chose, la malade étant très adipeuse. Au toucher, découverte d'un utérus dont le volume correspond à une grossesse de deux mois, en position normale et parfaitement mobile. Le corps est lourd, demi-mou, le col ramolli. L'existence d'une masse postéro-latérale dure, absolument immobile, lisse, douloureuse, séparée par un très large sillon de l'isthme utérin. Le palper combiné au toucher n'apprend rien de plus. Il est impossible de saisir entre les deux mains cette tumeur. Dans les antécédents, en retrouve l'existence d'un accouchement prématuré, spontané (siège) qui fut malgré la date précoce

extrêmement pénible. Suites fébriles. On hésite quelque temps sur le siège extra-utérin de la grossesse, par suite du volume de l'utérus. On songe à toutes les tumeurs résistantes du petit bassin, coexistant avec une grossesse sans avoir d'opinion bien fixe. Toutefois, deux syncopes successives nous inquiètent et l'intervention fut décidée. Dès l'ouverture de l'abdomen, on trouve un utérus gravide, flanqué à droite et à gauche d'annexes absolument saines. Une biopsie est pratiquée, le tissu est ferme, hémorragique. L'intervention s'arrête alors. La paroi est refermée en trois plans. Quelques jours après, la réponse de l'examen histologique nous parvient : Tissu rénal normal.

Avant le départ de l'hôpital, on procède à un premier examen urinaire qui nous montre l'existence d'un méat urétéral gauche normal. A cette date nous ne voyons pas le droit. La malade est prévenue de son état gravide et de la possibilité de dystocie au moment de son accouchement. A huit mois il n'y a encore aucun engagement. Au moment du travail, il existe une présentation céphalique en gauche transverse non engagée. On laisse ce travail se poursuivre jusqu'à ce que la dilatation atteigne 5 francs et l'on pratique une césarienne basse avant la rupture de la poche des eaux. Les suites furent excellentes pour la mère et l'enfant.

Quelque temps après, l'examen urinaire est repris. On fait une injection de carmin d'indigo. On voit, de chaque côté, des éjaculations normales. On essaie de cathétériser les uretères, mais on ne peut pénétrer que du côté gauche. On en profite pour recueillir les urines séparées de ce rein et d'autre part de celles de la vessie qui récolte ainsi l'urine du côté droit. De plus, on fait une pyélographie du côté gauche. A notre étonnement, les urines du rein droit recueillies par l'intermédiaire de la vessie, offrent un taux d'urée au litre, supérieur à celui du rein gauche (6 gr. 5 au lieu de 5 grammes). En outre, il existe des anomalies du rein gauche visibles à

la radio sur lesquelles nous reviendrons. A quelques mois d'intervalle, on essaie un nouvel examen et cette fois-ci on pénètre dans le rein droit après un trajet de 15 centimètres environ. On fait une pyélographie au bromure après injection de 4 cc. 1/2.

Observation N° 3, de M. Paul Balard, rapportée à la séance du 20 janvier 1931, de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux :

(Maternité 1930, N° 841) Secondipare 29 ans, bassin légèrement rétréci, canaliculé.

Première grossesse : Forceps, enfant vivant.

Deuxième grossesse : D. R. 23-28 janvier 1930. La malade est suivie à la consultation de la maternité : au cours du dernier mois, on constate l'existence d'une tumeur praevia, ovoïde, du volume d'une orange, rénitente, immobile, remplissant le cul-de-sac postérieur. On hésite entre un kyste de l'ovaire et un fibrome. Le fœtus, très mobile, ne s'accommode pas et la tête déborde notablement.

La malade entre en travail le 12 octobre à 17 heures. A 22 heures, la tumeur est fixe, et empêche toute adaptation de la tête au D. S. On a nettement l'impression que l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

A 22 h. 30, césarienne basse sous rachi-anesthésie. Extraction facile d'un enfant de 3 kg. 370, s'élevant bien dans la suite ; placenta 570 grammes. Opération normale.

On va ensuite à la recherche de la tumeur qui est rétro-péritonéale, étalée en avant du promontoire et débordant légèrement à droite. La forme de la tumeur et une incision exploratrice permettent de conclure qu'il s'agit d'un rein dont le hile regarde en bas et à gauche. L'exploration des loges rénales nous permet de conclure que c'est le rein gauche

qui est en ectopie, comme basculé avec la partie supérieure de l'uretère, une coudure s'étant produite au milieu du trajet de ce dernier.

Le rein est laissé en place. Les suites sont normales. Les urines étant devenues un peu troubles, on pratique, durant quelques jours, des injections intra-veineuses de septicémine.

Observation N° 4, de MM. H. VERMELIN et CHALNOT, rapportée à la séance du 21 décembre 1932 de la « Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy » :

Mme B..., 23 ans, entre à la Maternité le 22 septembre 1932 à l'occasion de son troisième accouchement. Son histoire est la suivante : Née de parents bien portants chez lesquels on ne trouve aucune tare, elle a toujours eu une bonne santé. Réglée régulièrement elle a eu, en 1927, une grossesse normale terminée par un accouchement spontané à terme, l'enfant nourri au sein durant un an est bien portant. La seconde grossesse d'un procréateur différent s'est terminée à 7 mois, en 1931, par l'expulsion d'un fœtus macéré. A cette époque la réaction de Bordet-Wassermann est positive et un traitement spécifique est institué. A l'occasion de l'expulsion, on avait noté l'existence d'une tumeur latéro-utérine gauche identifiée comme kyste de l'ovaire, mais, le conseil d'intervention n'a pas été suivi. Dès le début de janvier évolue une troisième grossesse d'un procréateur différent encore et le traitement spécifique est régulièrement suivi. La réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative. L'accouchement déclenche le 22 septembre et c'est à cette occasion que je suis appelé à voir cette malade.

L'utérus remonte à 31 centimètres au-dessus de la sym-

physe, il est élargi dans le sens transversal, la corne gauche est nettement plus développée. Le fœtus se présente par le siège dévié dans la fosse iliaque : il est vivant.

Le toucher montre l'excavation pelvienne occupée à gauche par une masse dure, oblongue et située au devant du sinus sacro-iliaque. Le col est dilaté comme une petite paume de main, le siège très élevé n'applique pas sur lui et on a l'impression d'un accouchement impossible par les voies naturelles.

Le diagnostic le plus probable paraît celui de kyste ovarique et l'on décide l'intervention qui, *a priori*, semble devoir être une simple ablation du kyste avec extraction secondaire du siège par les voies naturelles à la faveur de l'anesthésie générale.

Après laparotomie et extériorisation de l'utérus, on se rend compte que les annexes droites et gauches sont normales. L'exploration du segment inférieur est négative. La main introduite en arrière de l'utérus dans le petit bassin trouve la masse dystocique, elle est rétro-péritonéale, se laisse ramener facilement au-dessus de l'aire du détroit supérieur, et à ce moment, on aperçoit par transparence un pédicule vasculaire important qui aboutit au milieu d'une tumeur qui n'est autre que le rein gauche en ectopie et dont le bord convexe est situé vers le bas, presque horizontalement.

Dans ces conditions, la ligne de conduite est à modifier ; on laisse le rein en place et l'on fait une rapide césarienne corporéale qui donne naissance à un enfant vivant du sexe masculin, du poids de 3.100 grammes. Fermeture de la brèche utérine au fil de soie et fermeture de la paroi abdominale en trois plans.

Les suites opératoires, entièrement apyrétiques, sont d'abord normales, puis le 15^e jour, avec des selles normales, surviennent des vomissements dont l'abondance et la fréquence vont en augmentant. L'abdomen est météorisé, non doulou-

reux et le diagnostic d'occlusion porté on institue un traitement médical approprié : sérum glucosé rectal et sérum salé hypertonique en injection intraveineuse.

Devant l'échec du traitement, on se décide à intervenir chirurgicalement et le docteur Hamant, qui a suivi cette malade depuis le 12 septembre procède le 14 septembre, après laparotomie, à la libération de nombreuses adhérences du grêle et de l'épiploon.

La malade ne supporte pas le choc opératoire et succombe dans la soirée.

Observation N° 5, de MM. Le Lorier et Maurice Mayer, rapportée à la séance du 7 mai 1934 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris :

Mme A..., 27 ans, VI pare (trois avortements et un accouchement avant terme, spontané d'un enfant vivant de 2.300 grammes).

La femme n'a jamais éprouvé de troubles pendant ou entre les gestations ; à un interrogatoire rétrospectif, elle déclare seulement avoir eu depuis plusieurs années, des crises douloureuses siégeant dans la région lombo-iliaque droite, durant un ou deux jours, diminuant en position couchée, mais ne l'ayant jamais empêché de travailler. Au cours d'un examen gynécologique pratiqué au début de 1932, on avait fait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit avec appendicite chronique et une intervention fut pratiquée (ablation de l'ovaire droit et appendicectomie) au cours de laquelle on ne constata pas l'existence d'une tumeur pelvienne.

Grossesse. — D. R. 28 septembre 1932. Evolution régulière des premiers mois de la grossesse. La femme vient consulter au 4^e mois à la Maternité de Port-Royal. M. Le Lorier fait les constatations suivantes : cicatrice de laparotomie sous-

ombilicale avec bonne paroi ; utérus régulièrement développé, corps et col normaux ; les cul-de-sac latéraux sont normaux. En déprimant le cul-de-sac postérieur, on arrive, par contre, sur une masse qui présente les caractères suivants :

Elle est située en arrière de l'utérus, mais à distance notable du cul-de-sac de Douglas, de sorte qu'il faut déprimer celui-ci profondément pour arriver au contact de la tumeur et en reconnaître les caractères.

Le bord inférieur est régulièrement arrondi en demi-cercle, de telle sorte que la partie moyenne est plus facilement accessible alors que les extrémités forment des cornes dont on perd le contact vers le haut. La surface de cette tumeur est régulière, lisse, sa consistance est nettement moins dure que celle d'un fibrome et donne l'impression d'un kyste pâteux. Il n'existe aucune solidarité apparente entre l'utérus et la tumeur : l'utérus gravide peut être mobilisé dans tous les sens et la tumeur reste fixe. Le palper combiné au toucher donne très peu de résultats : il n'arrive pas à déterminer la limite supérieure. Les essais de mobilisation sont ainsi absolument négatifs, autant par le palper combiné au toucher que par le simple toucher vaginal qui n'arrive pas à la déplacer ni vers le haut, ni latéralement.

Le toucher rectal montre que la tumeur se trouve derrière le rectum et c'est à travers la face postéro-latérale gauche de l'organe qu'on arrive à la sentir ; elle offre des caractères identiques à ceux obtenus par le toucher vaginal. Ainsi, la topographie de la masse élimine les tumeurs latéro-utérines. Le diagnostic est imprécis : il n'est pas permis de penser à un fibrome en raison de la séparation franche qui existe entre la tumeur et l'utérus, ni à une masse annexielle en raison de sa position franchement postérieure. Pour reconnaître s'il ne s'agit pas d'une tumeur fécale, on soumet la femme à des évacuations intestinales répétées, puis à un examen radiologique de l'intestin : l'aspect du rectum et de

l'anse sigmoïde sont normaux et l'on n'aperçoit en aucun point d'irrégularité correspondant à la tumeur. Des examens cliniques répétés faits après évacuation de l'intestin montrent que l'utérus continue à se développer régulièrement.

On arrive ainsi au diagnostic de tumeur pelvienne postéro-latérale de forme et de consistance kystiques. L'intervention est différée en raison de la topographie particulière, de la tumeur, et de l'imprécision du diagnostic. On préfère éviter une intervention qui pourrait amener l'opérateur à faire des manœuvres dangereuses pour la conservation de la grossesse. C'est pourquoi M. Le Lorier se résout à laisser la grossesse évoluer sous réserve d'intervenir si la situation est toujours la même au début du travail.

A la fin de la grossesse, la tumeur pelvienne paraît être un peu refoulée en bas par le développement de l'utérus, mais elle est toujours franchement séparée de la face postérieure de cet organe par un très large sillon. La masse est nettement pelvienne en situation *prævia* irréductible et toutes les tentatives de mobilisation sont inefficaces ; au cours des derniers examens, on a l'impression que la surface en est légèrement lobulée, mais il est noté dans l'observation que la « consistance de ces lobules ne rappelle en rien les irrégularités d'un fibrome ».

Début du travail le 24 juin 1933 : hauteur utérine, 33 centimètres ; présentation verticale ; enfant vivant ; la tête est très élevée au-dessus du détroit supérieur et ne déborde pas. Les membranes se rompent spontanément, un toucher pratiqué à ce moment fait constater que le col est dilaté comme une petite paume et la tête extrêmement haute n'appuie pas sur le col ni sur le segment inférieur. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent toujours la tumeur qui est fixe et n'a aucune tendance à s'aplatir ni ascensionner.

Opération césarienne : on choisit la technique corporéale en raison de la situation de la tumeur qui gênerait l'abord et

le décollement du segment inférieur. Extraction d'un enfant vivant, fermeture de l'utérus en deux plans.

On va alors à la recherche de la tumeur *prævia*.

On n'extirpe pas la tumeur en raison des multiples vaisseaux qui cheminent à sa surface car on craint que leur blessure éventuelle détermine un hématome aggravant les suites opératoires ou amène à la nécessité de faire une hystérectomie. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites sont excellentes et l'involution utérine n'est pas gênée par la masse pelvienne.

Pendant les mois suivants, la femme éprouve des douleurs dans la région iliaque gauche et demande à être opérée : Laparotomie médiane sous-ombilicale le 26 octobre 1933 : la tumeur a gardé le même volume et la même situation. On se rend compte qu'il s'agit d'un rein.

La malade est passée ultérieurement dans le service du professeur Chevassu qui confirme les constatations cliniques relatives au rein gauche, mais trouve en outre des signes nets de ptose du rein droit. L'examen cystoscopique montre une vessie normale et la séparation des urines donne les résultats suivants : l'élimination d'eau est déficiente du côté ectopique : 10 à 12 centimètres cubes pour l'uretère droit contre 3 cm³ 5 à deux reprises successives pour l'uretère gauche ; par contre, la concentration d'urée est plus élevée du côté anormal : 8,64 contre 8,40 à la première prise ; 6,72 contre 5,76 du côté droit pour la deuxième prise. Enfin, le passage de sondes dans les uretères montre un fait intéressant : c'est que du côté ectopié, l'uretère est aussi long que du côté droit (20 centimètres des deux côtés entre la vessie et le bassin).

En raison des caractères des deux reins, le professeur Chevassu s'abstient d'intervenir sur le rein gauche, mais pratique une néphropexie sur le rein droit par le procédé d'Albarran, en raison des troubles fonctionnels accusés par la femme et pour éviter l'aggravation de la ptose.

Observation N° 6, inédite de MM. Petit et Princeteau, chirurgiens de l'Hôpital de Niort :

Mme B..., 24 ans.

Les parents sont bien portants. La mère a eu 4 enfants qui sont tous en bonne santé. Il n'y a pas d'infirmité dans sa famille. Elle a été réglée à 11 ans et a toujours été bien réglée depuis.

Mariée à 22 ans, en mars 1935, elle n'a jamais eu le moindre trouble de miction, ni la moindre douleur lombaire. Elle accuse simplement quelques douleurs abdominales généralisées, sans localisation précise et sans manifestations urinaires.

Elle a fait une fausse-couche de 6 semaines, deux mois après son mariage.

Jusqu'à cette fausse-couche qui fut spontanée, et sans suites, elle n'avait rien éprouvé, depuis son mariage, dans le côté gauche du bas-ventre. Aucune douleur n'est apparue après cet accident. Ce n'est qu'à partir de mai 1936 (où ses règles ont cessé) que les douleurs ont commencé dans la fosse iliaque gauche, et c'est ce qui devait motiver, deux mois plus tard, son envoi à l'hôpital par le Docteur Vandier de Lezay.

Entrée à l'hôpital le 10 juillet 1936, elle accuse un retard de deux mois. Des petites pertes rouges

apparaissent et retardent l'examen. Elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque gauche, sans troubles intestinaux (ni diarrhée ni constipation). Par contre, elle n'a qu'une miction par jour de 300 à 500 gr.

Le toucher vaginal avait donné un utérus augmenté de volume (début de grossesse) et, dans le cul de sac gauche, une saillie très élevée dont on n'a pu déterminer la nature.

Tout d'abord, le diagnostic paraît difficile. A l'entrée, on songe à l'intestin croyant que la masse profonde et douloureuse sentie dans la fosse iliaque gauche pouvait être intestinale. D'où : recherche radiologique et lavement opaque dont voici le résultat négatif : « Déplissement régulier du sigmoïde et du descendant puis spasmes nombreux qui gênent l'examen. On s'assure pendant les phases de repos que la masse abdominale que l'on sent à la palpation, n'a pas de rapports avec le colon. » Résultat capital.

Dès lors, en raison de l'oligurie et parce que les douleurs irradient le long de l'uretère avec sensibilité de l'uretère gauche au toucher vaginal, on décide un examen urinaire.

Le Docteur Petit fait cet examen et obtient un cliché radiographique qui démontre l'existence d'un rein gauche ectopié. La division d'urine a révélé

l'excellent fonctionnement du rein gauche qui donne plus d'urine que le droit avec une urée au litre suffisante.

Dans ces conditions, on estime que la douleur est d'origine rénale, que le rein gauche, sans doute rétentionniste est de bonne qualité, et que, par conséquent, une intervention par lombotomie pourra donner du soulagement en dégagant le rein ; mais on fait des réserves sur la possibilité de le remettre en place.

A l'opération, on fait une large lombotomie gauche. On ne trouve rien dans la fosse lombaire, dès lors, on dégage le péritoine en descendant dans la fosse iliaque où l'on trouve le rein. L'opération a consisté en somme, à libérer le péritoine pré-rénal et l'intestin qui était devant, pour découvrir l'organe. Elle a donc été faite, dans l'esprit du chirurgien, en vue de préciser le diagnostic déjà fait par le cathétérisme, de le compléter, en quelque sorte, mais surtout, dans l'espoir que ces manœuvres de découverte du rein, le libéreraient avec son uretère et pourraient permettre un fonctionnement meilleur à la manière de ce qui se produit dans les libérations de reins mobiles classiques où l'on voit si souvent, comme premier résultat opératoire, une augmentation immédiate du taux des urines. Et c'est ce qui

s'est passé ici, le résultat étant demeuré tel jusqu'à présent.

Au point de vue opératoire, il n'a donc été fait ici que le temps libératoire sans réascension du rein.

Suites opératoires. — On voit la suppression de la douleur à gauche puis l'élévation du taux des urines qui passent à 1.200 gr. et qui sont toujours restées à ce taux depuis. La malade est rentrée chez elle le 14 août avec les signes d'une grossesse très probable qui évolue. Mais, pendant trois semaines, elle a eu quelques pertes sanguinolentes, noires, et on a craint une fausse-couche qui ne s'est pas produite. Elle a observé le repos. Puis elle a eu un symptôme colique dans la fosse iliaque droite avec nausées, sans fièvre, sans symptômes urinaires concomittants, qui a été considéré comme une colique appendiculaire et traité par la glace ; depuis lors, cet accident n'a pas réapparu.

Le 6 mars 1937, elle entre en travail et on l'envoie à l'hôpital, comme il avait été convenu, en prévision d'une dystocie que pourrait causer le rein ectopique.

Quant elle arrive, les douleurs ont cessé. L'effacement du col est à peine commencé. Mais la tête du fœtus est dans la fosse iliaque droite ; l'excavation et le détroit supérieur sont libres, sauf au ni-

veau de la partie gauche où l'on sent une masse lisse, arrondie, rénitente que l'on considère comme le pôle inférieur du rein. Le bassin a des dimensions normales ; les bruits du cœur sont normaux. Il n'y a pas d'albuminurie, rien n'est à signaler au point de vue urinaire. On décide d'attendre l'épreuve du travail. Celle-ci se produit deux jours après. A la dilatation de 2 francs, on constate que la tête à tendance à glisser de plus en plus dans la fosse iliaque droite, on décide l'intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. On vérifie que l'obstacle praevia est bien le rein et l'on pratique la césarienne basse facile, selon la technique habituelle. L'enfant vivant pèse 3 kg. 660, les suites opératoires sont bonnes.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE, ÉVOLUTION ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE DANS CES CAS-LA

Après nous être bien pénétrés de l'histoire clinique des observations précédentes et même de celles rapportées dans la thèse de Girard, nous croyons qu'il faut envisager différemment les symptômes du rein *praevia* suivant que la grossesse est à ses premiers mois ou que le moment du travail est venu. Nous étudierons donc ces deux périodes isolément.

1° *Au cours des premiers mois* : il s'agit d'une grossesse souvent méconnue, mais on a affaire, généralement, à une femme qui souffre. Elle se présente donc avec un retard plus ou moins évident et accuse des troubles connexes du côté des voies urinaires, de l'intestin, de l'appareil génital ; elle peut avoir, aussi, des hémorragies avec menace d'avortement.

Quelquefois, le rein ectopique a pu gêner le développement de l'utérus, et provoquer une anté-

version ou une autre déviation de l'organe. La constipation, l'incontinence, la rétention d'urine peuvent exister. Même l'avortement peut survenir puisque Girard et les autres auteurs en ont signalé plusieurs cas. Mais ce qui domine c'est l'état douloureux à siège pelvien droit ou gauche sinon bilatéral ou diffus. Si le hasard nous fait songer, de suite, à la possibilité d'une ectopie pelvienne, ou que, plus naturellement, on ait l'idée attirée par un symptôme urinaire les examens urologiques méthodiquement entrepris nous conduiront rapidement au diagnostic.

Soulignons, par conséquent, l'importance particulière qu'il faudra donner à tous les signes susceptibles de nous orienter dans le sens urinaire.

Seront symptomatiques les douleurs pelviennes apparues comme de véritables coliques néphrétiques basses et dont l'intensité, la brusquerie, la durée, les irradiations vers la vessie ont une valeur providentielle pour le diagnostic.

Leur cause est attribuée en général à l'hydronéphrose ou à la mobilité du rein, mais elle est souvent indéterminée car ces coliques apparaissent, quelquefois, avec des reins dont l'aspect est sain et dont l'immobilité est incontestable. Des troubles de la vessie tels que la polyurie ou la pollakiurie ont aussi un grand intérêt lorsqu'ils apparaissent, parce

qu'ils dirigent les recherches vers la possibilité d'une lésion urinaire. La même remarque s'appliquerait aux hématuries dans les cas exceptionnels où elles existeraient.

Mais la symptomatologie des reins pelviens immobiles et sains peut être plus complexe. Ils peuvent se manifester par des douleurs pelviennes vagues et sans irradiation nette, si fréquentes chez la femme que leur intérêt clinique est presque nul.

Et pourtant ces troubles s'expliquent fort bien au début de la grossesse. A ce moment, en effet, tous les phénomènes congestifs qui accompagnent la gestation se localisent dans le bassin, et le rein qui occupe lui-même un siège pelvien risque fort d'en être incommodé. La souffrance de la malade a pour origine le rein ; la douleur est vraisemblablement due à la rétention, c'est du moins ce que nous avons pu observer dans notre cas. Tandis que, plus tard, quand l'utérus monte, la compression rénale a des chances de cesser et les douleurs éprouvées par la malade peuvent s'atténuer ou disparaître. Par contre, d'autres cas peuvent rester muets et ce n'est qu'à l'occasion d'un examen génital fortuit que le toucher vaginal fera la découverte d'une masse anormale devenue l'élément princeps du diagnostic.

Après cet aperçu des premières manifestations cliniques du rein ectopique pelvien chez la femme

enceinte, nous allons passer en revue les différentes phases de l'examen clinique à cette première période et nous verrons quelle valeur respective on peut leur attribuer dans la poursuite du diagnostic au début de la grossesse :

1° Notons, de suite, la valeur que peut prendre *l'interrogatoire* lorsqu'il révèle l'existence d'avortements répétés ou d'accouchements dystociques qui mettent sur la voie d'une tumeur *prævia*.

2° *L'inspection* permet souvent de découvrir des anomalies congénitales qui coexistent avec le rein ectopique et c'est à peu près tout ce qu'elle peut fournir comme renseignements.

3° *La palpation* peut rendre des services chez une femme maigre, comme nous l'avons vu dans l'observation de MM. Petit et Princeteau où la paroi pouvait être suffisamment déprimée pour laisser percevoir une masse résistante dans la fosse iliaque gauche. On a même cité des cas où l'on percevait les battements artériels du pédicule rénal. Mais si la malade est adipeuse comme celle de M. Laffitte, la manœuvre n'offre plus beaucoup de précision. Quelquefois enfin, une hydronéphrose a pu prêter à confusion avec un kyste de l'ovaire en raison de sa consistance analogue à la palpation.

4° *La percussion* peut donner des renseignements utiles qu'il faut connaître. L'absence de rein rapproche le colon de la zone lombaire et la matité normale peut faire place à une sonorité très significative. Girard rapporte notamment que dans quelques cas, cette sonorité anormale a permis de faire un diagnostic exact. Toutefois, la rate peut occuper, à gauche, la région rénale et masquer la sonorité sur laquelle on serait en droit de compter.

5° *Le toucher vaginal* a une importance capitale. Il peut même constituer, à lui seul, l'élément essentiel du diagnostic dans les cas où la tumeur perçue est une découverte d'examen. Il renseigne sur la tumeur proprement dite, sur l'état des organes voisins, sur les rapports qui existent entre eux. Il peut découvrir au passage des anomalies des organes génitaux externes, l'étroitesse du vagin ; plus loin, l'absence de l'utérus ou son infantilisme. Ces signes ne sont pas négligeables à cause de leur fréquence. Si la tumeur est facilement abordable, son contact est presque immédiat dans le cul-de-sac vaginal. Elle se trouve le plus souvent à la partie postéro-latérale du bassin, plaquée contre la paroi pelvienne. La perception de son pôle inférieur donne des sensations variables suivant que le rein est sain ou hydronéphrotique. Dans le premier cas, on a à faire à une masse ferme, lisse, quelquefois lobulée. On

peut en déterminer les limites avec assez d'exactitude et reconnaître l'aspect classique du rein. Mais la variabilité de forme étant extrême, c'est un signe auquel il ne faudra pas trop se fier. S'il y a hydronéphrose, on ne sent pas de contours aussi nets, et l'on a une sensation de rénitence comparable à celle du kyste de l'ovaire.

Il semble que la mobilité soit rare. Les observations que nous avons relevées ont trait à des situations fixes. Dans la plupart des cas que nous avons étudiés, le rein était accolé à la paroi d'une façon intime ; aucune manœuvre de pression ou de traction ne parvenait à l'ébranler ; et l'exploration chirurgicale confirmait cette fixité. D'ailleurs les caractères anatomiques du rein ectopique expliquent bien son immobilité : il n'y a pas de coussinet graisseux, comme dans la région lombaire, de multiples vaisseaux adhérent au rein et l'agrippent à des points nombreux. Dans les cas où l'on parle de mobilité considérable, on peut se demander si les auteurs n'ont pas eu affaire à des reins ptosés plutôt qu'à des ectopies congénitales vraies. Même dans le cas d'hydronéphrose où la masse paraît mobile, il est probable que la paroi postérieure doit conserver un contact étroit avec la paroi pelvienne. D'ailleurs les difficultés énormes qu'ont eues les chirurgiens à changer la position des reins ectopiques, nous con-

firmement bien la fréquence de leur fixité ; ce qui explique encore que les différents moyens de fortune employés pour les changer de place, aient été reconnus plus ou moins bons, et plutôt mauvais que bons.

Les caractères de la forme, de la situation, de la consistance et de l'immobilité sont donc des signes importants à retenir. Il y a un autre élément à signaler, c'est le *battement artériel* que l'on peut percevoir au toucher. Il n'a pas été trouvé au cours des observations que nous avons relevées, mais Girard a signalé le cas d'une dépression perçue au niveau de laquelle on aurait reconnu une pulsation artérielle ; ce signe serait alors un élément de diagnostic de grande valeur.

L'examen de l'utérus doit être minutieux. Dans les conditions habituelles, il n'est pas refoulé par le rein ; en raison de la distance qui l'en sépare, il conserve sa situation, sa statique et ses rapports normaux. D'où la *profondeur du sillon* qui sépare la tumeur de l'isthme utérin. Girard avait déjà parlé de ce signe dans sa thèse, M. Laffitte l'a retrouvé et en a souligné la valeur ; après lui, MM. Le Lorient et Mayer en ont répété l'importance ; on comprend, d'ailleurs, facilement cette particularité quand on songe que la masse rénale est séparée de l'utérus par la totalité de la base du ligament large. Chez la ma-

lade de MM. Petit et Princeteau, ce signe ne pouvait être recherché étant donné la position haute de la tumeur ; il perdait d'ailleurs de son intérêt puisque la pyélographie avait permis un diagnostic précoce.

6° Pour ce qui est du *palper combiné au toucher*, il doit être pratiqué systématiquement comme toujours. C'est d'ailleurs par sa négativité qu'il apporte des renseignements. En effet, on ne peut parvenir à saisir la masse entre les deux mains ; on aborde facilement le pôle inférieur mais la main qui déprime la région sus-pubienne ne peut rencontrer le pôle supérieur dont la situation est trop éloignée de la paroi antérieure. Pour que la palpation du pôle supérieur devienne possible, il faudrait vraiment que le volume du rein soit considérable et qu'il y ait, par exemple, hydronéphrose. M. Laffitte, puis MM. Le Lorier et Mayer ont attribué une grande importance à ce symptôme, il a été vérifié dans notre cas personnel où il était *impossible de préciser la limite supérieure de la masse*.

7° *Le toucher rectal* nous paraît intéressant en ce qu'il peut apporter des précisions sur la situation de la tumeur en profondeur. Dans l'observation de MM. Le Lorier et Mayer, il avait appris que la masse perçue ne se trouvait pas entre l'appareil génital et le tube digestif mais en arrière de ce dernier.

En somme, tous ces signes n'ont de valeur que pour apporter des présomptions, en s'ajoutant les uns aux autres, mais aucun d'eux ne peut affirmer d'une façon absolue l'existence de l'ectopie rénale.

Seul, l'*examen méthodique de l'appareil urinaire* conduit au diagnostic correct. Profitons de cette constatation pour souligner ici qu'il ne faut jamais hésiter quand on a un doute sur la nature d'une tumeur abdominale profonde, à pratiquer la cystoscopie et le cathétérisme des uretères ; on évitera ainsi bien des erreurs. On a signalé qu'après massages de la tumeur on peut trouver une albuminurie passagère, mais ce signe est sujet à erreur et n'est pas constant.

8° La *cystoscopie* apporte des renseignements intéressant mais non définitifs. Elle permet l'exploration de la vessie, révèle ses modifications de forme et devient très utile pour étudier les éjaculations des méats uretéraux. Il existe souvent un côté qui débite peu ou pas du tout ; associée à une injection de carmen d'indigo, elle permet de faire cette constatation et de déceler dans d'autres cas, un méat de forme ou de situation anormale. Dans le cas de M. Laffitte, cette manœuvre permit, en effet, de situer le méat droit qui était difficile à percevoir.

9° Le *cathétérisme* du rein renseigne d'abord

sur un point important : la longueur de la sonde admise par l'uretère. Normalement, on peut introduire 25 cm. avec la plus grande facilité. En cas de rein pelvien, on est arrêté au bout de 8, 10, 15 centimètres. L'uretère se repliant dans le bassinet pourrait être une cause d'erreur ; mais c'est un accident et, d'une façon générale, on arrivera à situer le hile exactement par rapport aux organes voisins.

Il est généralement indiqué de procéder au cathétérisme de l'autre rein. Il peut présenter des anomalies intéressantes et, d'autre part, si une intervention devait être faite sur le rein ectopique, il serait nécessaire d'être fixé sur l'existence et la valeur de l'autre. N'oublions pas d'ailleurs l'importance de l'examen des urines séparées. En effet, la valeur uréo-sécrétoire de chaque rein influencera considérablement le traitement puisque de ce seul résultat pourra dépendre une intervention radicale sur un rein malade.

10° Mais l'examen le plus important, le seul qui tranchera définitivement et indiscutablement le diagnostic, c'est la *pyélographie*. Elle se pratiquera suivant la technique habituelle et fournira une image caractéristique qui précisera la forme, la situation, le volume du bassinet. Certes, nous avons vu comme elle a été précieuse dans le cas de MM. Petit

et Princeteau et comme ses résultats ont coupé court précocement à toutes les recherches entreprises. En outre, nous avons étudié, au chapitre de l'anatomie, les renseignements précis qu'elle apporte. Nous n'y reviendrons pas.

* * *

11° *Au moment du travail et de l'accouchement*, deux cas peuvent se présenter : ou bien le diagnostic aura été posé au cours de la grossesse, ou bien la nature de l'obstacle n'aura pu être établie avant l'accouchement.

Dans le premier cas, le praticien se tient l'arme au pied ; ce qui l'intéresse et doit seul l'occuper, c'est le mécanisme de l'accouchement et l'importance du *praevia*. Tout revient, pour lui, à suivre l'épreuve de l'engagement et de l'accouchement, c'est donc, à ce moment, une question de pure obstétrique.

Mais, dans les observations que nous avons citées, cette précocité de diagnostic n'a pas toujours été réalisée. M. Ramos, M. Laffitte et MM. Petit et Princeteau, sont les seuls à avoir posé, avant l'accouchement, un diagnostic certain de rein ectopique pelvien. Dans les trois autres cas, c'est-à-dire ceux de M. Balard, de MM. Vermelin et Chaluot, de

MM. Le Lorier et Mayer, les circonstances cliniques furent telles que la nature de l'obstacle *prævia* n'a pu être établie qu'au cours de la césarienne, voire même au cours d'une intervention chirurgicale ultérieure (MM. Le Lorier et Mayer). Nous tombons donc ainsi dans le cas où le diagnostic n'a pu être fait avant l'accouchement. Dès lors, le rein ectopique qui se comporte exactement comme une tumeur pelvienne ne pourra être cliniquement reconnu qu'à l'occasion d'une exploration chirurgicale, si celle-ci se trouve indiquée. Or, comme le rein rétrécit le détroit supérieur ou l'excavation pelvienne, il devient très souvent une cause de dystocie ; et l'accouchement devenant souvent impossible ou dangereux par les voies naturelles, la césarienne, alors indiquée, pourra s'accompagner, dans le même temps opératoire, d'une exploration qui suffira, parfois, à révéler la nature rénale de la tumeur *prævia*. C'est, en effet, ce qui s'est produit dans les deux cas de M. Balard et de M. Vermelin.

Mais, très souvent, on ne pourra se risquer à faire, en même temps que la césarienne, une exploration suffisante pour fixer le diagnostic ; nous croyons même qu'il vaut mieux systématiquement s'en dispenser. Il pourra donc arriver, comme dans le cas de MM. Le Lorier et Mayer, qu'une intervention chirurgicale soit ultérieurement pratiquée et que le

diagnostic ne puisse être fait qu'à cette occasion tardive. Sans doute, un examen méthodique de l'appareil urinaire dispenserait de ces tâtonnements ; mais il faudrait quelque symptôme urinaire pour nous y conduire : il surfirait même simplement, d'y penser.

Donc, au moment du travail et de l'accouchement, la précision du diagnostic de rein praevia disparaît devant le sort de l'enfant. Il sera toujours temps, en cas de doute, de l'établir ultérieurement en ayant recours à l'exploration urinaire et à la pyélographie.



Malgré le fait fondamental de la pyélographie comme seul moyen de faire un diagnostic correct de rein praevia, nous ne saurions clôturer ce chapitre sans résumer les causes d'erreur qui peuvent survenir en pareil cas. Si nous sommes, au début de la grossesse, nous voyons que les trois grandes causes de confusion peuvent être : les affections annexielles (grossesse extra-utérine, salpingite, kyste de l'ovaire, fibrome, hématocele), les affections pariétales (lésion osseuse ou ostéo-articulaire), les affections intestinales comme dans notre cas personnel.

Si nous sommes au moment du travail, c'est aux diverses causes de dystocie pelvienne qu'il faut s'adresser. Et, l'on sait que ces causes sont d'origine osseuse ou qu'elles sont liées à la présence d'une tumeur praevia dont le kyste ovarique et le fibrome sont les formes les plus fréquentes.

Après l'exposé symptomatologique que nous avons fait, nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel. Au début de la grossesse le rein praevia ne peut se diagnostiquer à coup sûr, que par la pyélographie. A la fin de la grossesse, le diagnostic de la nature de l'obstacle disparaît devant l'urgence de l'accouchement.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET CONDUITE A TENIR

Il ressort très nettement du chapitre précédent que le pronostic du rein praevia repose sur un diagnostic précocement établi. C'est en sachant le plus tôt possible l'existence de cette cause de dystocie que l'on pourra prendre des décisions utiles en temps opportun commandées elles-mêmes, par des situations bien délimitées.

Or, dans le rein praevia, autant pour le pronostic que pour la conduite à tenir, il est indispensable, une fois encore, de bien séparer la période du début de la grossesse de sa période terminale.

Tout au début, le pronostic réside dans la terminaison prématurée de la grossesse. Nous en trouvons la preuve dans les faits rappelés par Girard qui cite 31 cas d'ectopie rénale ayant fourni 109 grossesses parmi lesquelles 5 cas ont donné 13 avortements.

Nous trouvons aussi cette preuve dans les observations que nous avons cru devoir reproduire

dans un chapitre spécial de notre thèse. Notre malade n'avait-elle pas fait un premier avortement ? Et faut-il redire que lors de cette seconde grossesse douloureuse à l'occasion de laquelle elle nous fût envoyée, nous avons encore dû redouter un nouvel avortement ? Celle de MM. Le Lorier et Mayer, n'avait-elle pas fait, auparavant, un avortement et un accouchement avant terme ?

Voilà donc une condition principale du pronostic, si l'on peut dire : la production d'un avortement tout au début de la grossesse accompagnée de rein pelvien.

Est-il possible de définir la cause de l'avortement dans ce cas là ? Chacun sait d'abord combien souvent, dans la pratique, il nous est impossible de dire cette cause avec exactitude. Dans le rein prae-via, nous pourrions, semble-t-il, faire intervenir deux ordres de causes susceptibles d'engendrer l'arrêt prématuré de la grossesse : tout d'abord les phénomènes congestifs exagérés du petit bassin qui accompagnent certainement la grossesse alors que, déjà le petit bassin présente, en quelque sorte, un arrimage défectueux en raison de la présence de tout ou partie du rein. Mais la cause la plus probable résiderait dans la réaction de ce rein mal placé, dont l'uretère risque d'être raccourci ou déformé, et qui finalement risque de faire de la rétention hy-

dronéphrotique. C'est évidemment cette rétention qui est la cause des douleurs pour lesquelles ces malades sont adressées au spécialiste. Il s'agit en somme de coliques néphrétiques telles qu'on les rencontre si souvent chez la femme enceinte ou non, au cours de l'ectopie rénale simple et même quand cette ectopie est à peine prononcée. Mais alors, si nous avons l'explication de ces douleurs dans le fait des contractions de l'uretère, devant la difficulté de l'hydrostatique urinaire que donne le rein dystocique, il nous est permis d'admettre, en raison de la synergie organique, que l'utérus va subir, lui-même, des contractions exagérées qui le conduiront à une évacuation précoce.

Quelle conduite conviendra-t-il de tenir dans cette circonstance ? Il faudra tout simplement, si l'occasion nous est donnée de voir ces femmes à ce début de grossesse douloureuse, nous livrer à toutes les recherches susceptibles de déterminer la vérité et surtout de bien examiner les reins en faisant les cathétérismes cystoscopiques suivis de radiographies pyéliquies qui sont au demeurant, ainsi qu'on ne se lassera jamais de le répéter, la base essentielle du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir dans le rein *prævia*.

La chirurgie aura-t-elle à intervenir à ce moment-là ? Trois conditions peuvent se présenter et

qui sont l'une comme l'autre l'aboutissant des recherches cliniques : ou bien, la pyélographie ayant révélé la dystopie rénale, la division des urines montrera que l'autre rein existe et que les deux reins fonctionnent de manière normale, ou bien il n'existe qu'un seul rein, ou bien le cathétérisme montrera que le rein ectopié est un rein malade.

Dans le premier cas : abstention de toute velléité opératoire. Ce rein ectopié fonctionne normalement. Peu ou pas de rétention. Si la malade a souffert et souffre encore, la mettre au repos absolu. Au besoin sonder ce rein à diverses reprises ainsi qu'on le fait couramment dans la colique néphrétique, dans la pyélonéphrite même pendant la grossesse comme en dehors d'elle. Aller au devant d'un avortement en utilisant les petits moyens habituels qui sont, sans inconvénients et qui peuvent modérer ces douleurs d'origine rénale, sans doute, mais susceptibles de s'étendre à l'utérus.

Dans le second cas (rein ectopié, mais unique) l'abstention ne mérite même pas d'être discutée un seul instant.

Dans le troisième cas (rein reconnu malade) les choses ne manquent pas de demeurer embarrassantes et la conduite à tenir demande de la réflexion et de la prudence.

Évidemment, s'il est démontré que ce rein éc-

topié est le siège de désordres graves, pyonéphrose avec ou sans calculs, tumeur, tuberculose, le fait d'une grossesse concomitante bien démontrée (recours aux réactions humorales) doit passer au second plan et l'indication d'une opération qui sera la néphrectomie mérite d'être considérée. Nous n'envisagerons pas en détail par quelle voie sera faite cette néphrectomie : lombaire ou abdominale. C'est une question de technique et même de technique difficile à coup sûr si l'on veut bien se souvenir de la position de ce rein, de ses attaches vasculaires anormales, en particulier. Cette question sort du cadre de notre travail.

En dehors de cette chirurgie absolue, pour ainsi dire, y a-t-il place pour une action chirurgicale moins importante en présence d'un rein ectopié et malade au début d'une grossesse ?

Deux cas sont à envisager, nous semble-t-il : l'ectopie elle-même et l'inflammation du rein (c'est-à-dire la pyélite plus ou moins accentuée).

L'ectopie en elle-même, avons-nous dit, doit être l'objet d'abstention. Il ne faut pas escompter la mobilité de ces reins ectopiés congénitalement. Anatomiquement, on peut dire qu'ils sont inamovibles et ajouter qu'il serait très dangereux de tenter leur élévation à la manière des reins atteints d'ectopie simple. Et pourtant quand on lit les observations,

en particulier celles qui sont citées par Girard, on voit conseiller et pratiquer la néphropexie dans un certain nombre de cas. Nous croyons pour notre part qu'il ne faut pas faire fond sur ces néphropexies de reins congénitalement ectopiés. Mais alors pourquoi sommes-nous intervenus chez notre malade alors que nous avions « pensé » à la dystopie rénale et que nous en avons réalisé le diagnostic par le cathétérisme et la pyélographie ?

Rappelons que le cathétérisme nous avait montré une rétention très nette, mais une petite rétention. Il ne s'agissait point d'une hydronéphrose importante. En décidant une lombotomie, nous n'avions nullement l'intention d'intervenir sur un rein hydronéphrotique susceptible d'interventions complexes. Nous voulions plus simplement vérifier l'état de fixité plus ou moins réelle de ce rein et nous nous proposons, le cas échéant, de mettre à profit une mobilité même très partielle pour sortir le rein du bassin dans lequel plongeait son pôle inférieur. Nous avons ensuite l'arrière-pensée de l'explorer après incision du péritoine, quitte à borner notre intervention à cette simple exploration, escomptant par cette action de dégagement, et de libération, une efficacité sur l'hydrostatique de l'urine entre rein et vessie.

Et c'est ce que nous avons réalisé, puisque chez

notre malade, il ne fallait pas songer le moins du monde à une réascension du rein qui était absolument fixé.

Toujours est-il que les suites de cette intervention ont été heureuses et que dans la suite la malade a uriné normalement pendant tout le cours de sa grossesse et qu'elle continue ainsi depuis l'accouchement.

En sorte que, en ce qui concerne cette troisième condition, nous pensons que l'abstention absolue serait excessive, mais qu'il appartient au spécialiste d'adapter ses décisions aux circonstances. C'est ainsi qu'une rétention pyélique même légère et des douleurs assez tenaces pour faire craindre un avortement peuvent indiquer une lombotomie exploratrice qui peut apporter, comme nous l'avons vu, une amélioration réelle.

Bien entendu, ces considérations que nous envisageons pour le début de la grossesse doivent être maintenues pendant le cours de la puerpéralité, avec cette remarque que, dans les mois suivants, l'utérus monte dans la cavité abdominale, que les réactions mécaniques ou réflexes du rein sur la matrice deviennent moins dangereuses et qu'il semble d'une manière générale que la femme arrive au terme de sa grossesse sans incidents notables.

Nous voilà donc arrivés au terme de la grossesse. Quelle conduite va-t-il falloir tenir ?

Une première idée qui peut venir à l'esprit c'est de faire un accouchement prématuré. Mais, devons-nous rappeler qu'à notre époque l'accouchement prématuré provoqué n'a pas la faveur des accoucheurs ? Il a été supplanté par la césarienne. Nous n'en parlerons donc que pour mémoire.

Etant donné que dans de nombreux cas, malgré les modifications apportées dans les diamètres du bassin et surtout dans le diamètre oblique, c'est-à-dire le diamètre utile pour l'engagement, l'ectopie rénale n'empêche point l'accouchement, il sera toujours permis de ne prendre des décisions qu'après l'épreuve du travail. N'est-ce pas d'ailleurs là une règle suivie par les accoucheurs quand ils savent qu'un obstacle *prævia* peut gêner l'engagement et la descente de l'enfant.

Supposons donc que l'épreuve du travail ne soit pas satisfaisante. Il apparaît alors que sa durée ne doit pas être prolongée et qu'il est prudent de prendre une décision pour terminer l'accouchement dans les conditions les meilleures tant pour l'enfant que pour la mère.

Quelles sont ces conditions ?

C'est une question de voie d'extraction : voie normale ou voie chirurgicale.

La voie normale malgré ses dangers, ne saurait être proscrite d'une manière absolue. Tout dépendra du volume de la partie fœtale, de l'accommodation de cette partie avec le détroit dont le diamètre oblique subit la déformation engendrée par le rein mal placé.

Mais il faut se méfier des apparences. D'une part, nous sommes loin de pouvoir apprécier exactement, les possibilités de l'accommodation en général, même dans les cas normaux. A plus forte raison, lorsqu'on a affaire à un organe tel que le rein ectopique congénital. D'autre part, en ce qui concerne ce rein lui-même, il s'agirait de savoir quel est son volume exact, quel est son état anatomique, quel sera son comportement lors des efforts de la descente et à plus forte raison si l'on décide de mettre un forceps. Evidemment, il sera tenu compte des accouchements antérieurs, lesquels sont toujours très utiles pour nous guider. Mais à vouloir user, pour l'extraction, de la voie normale on risquera certainement des complications, et il en est une qu'il faut avoir à l'esprit ; c'est la rupture du rein dont des exemples ont été signalés.

Doit-on envisager dans le but de libérer cette voie basse la néphrectomie vaginale ainsi que nous l'avons lu dans le travail de Girard et même dans la

pratique des accouchements du Professeur BRIN-DEAU (Edition de 1927) ?

Cette pratique semble bien avoir été systématiquement mise de côté au cours de ces dernières années. Nous nous permettrons de ne pas l'envisager davantage, en raison de ses difficultés de technique et de ses dangers.

Il resterait alors à la disposition de l'accoucheur deux méthodes d'extraction : La symphyséotomie et l'opération césarienne.

Nous n'avons pas trouvé de cas de symphyséotomie dans nos recherches. Peut-être serait-il préférable de ne pas y avoir recours parce que si le diamètre pelvien est agrandi l'extraction reste toujours susceptible de comprimer plus ou moins le rein, de le léser d'entraîner des complications dont il est difficile de doser la gravité.

Aussi c'est à la voie haute qu'il faudrait avoir recours selon nous, alors qu'il paraît évident que l'accouchement sera justiciable d'une action chirurgicale.

Nous rappelons que dans les observations que nous avons jugé utile de citer à peu près textuellement, la majorité des accoucheurs et des chirurgiens ont employé la césarienne basse supra-symphysaire. Ce n'est point le lieu ici pour nous, de discuter les avantages et inconvénients des

diverses méthodes de césariennes. Disons, toutefois, que si la supra-symphysaire a toute la faveur des chirurgiens et accoucheurs, à l'heure actuelle, cela est le fait de ses nombreux succès, des dangers certainement moindres qu'elle fait courir au péritoine, de la qualité de la suture utérine, etc.

Nous croyons donc que la césarienne basse supra-symphysaire doit réunir tous les suffrages.

Mais la question se pose de savoir s'il y a lieu ou non de s'occuper du rein au moment de cette intervention.

Dans les observations qui servent de base à notre travail, les opérateurs ont laissé systématiquement le rein tranquille. Ils ont toutefois, l'opération finie, voulu confirmer, de visu, la situation du rein, son volume, son aspect. Et c'est tout. Car pour faire cette exploration, laquelle est impossible avant l'extraction de l'enfant, il faut une fois l'utérus recousu, extraire cet utérus hors du ventre afin d'examiner en arrière de lui le détroit supérieur et le rein qui le surplombe. On conviendra que de pareilles manœuvres demandent beaucoup de prudence. Nous ne voyons, d'ailleurs, quant à nous, leur essentielle utilité. En effet, elles ne sauraient conduire à aucune décision nouvelle. Nous supposons, que l'état du rein aura été déterminé antérieurement, ainsi que l'action chirurgicale nécessaire, s'il y en a ; et

dans ces conditions là, il aura déjà été convenu, dans l'esprit du chirurgien, qu'il interviendrait sur ce rein dans un second temps. Et si cette connaissance exacte de la valeur du rein n'a pas été fixée au cours de la grossesse, il est évident que l'on ne saurait entreprendre d'intervenir sur lui, ex abrupto, sans examens préalables. En conclusion, la césarienne faite, il faut s'en tenir là.

CONCLUSIONS

1^o Le rein *praevia* est une affection rare, mais qui mérite d'être *pressentie* par les accoucheurs.

2^o Les symptômes cliniques étant incertains, la pyélographie demeure la « clé de voûte du diagnostic ».

3^o Tout le pronostic étant subordonné à sa situation *pelvienne irréductible*, l'évolution d'une grossesse concomitante ne devra, en aucun cas, être laissée à elle-même, car elle sera souvent dystocique.

4^o La conduite à tenir variera selon qu'il s'agit du début ou de la fin de la grossesse :

Au début et au cours de la grossesse, l'intervention ne peut être conditionnée que par l'état pathologique du rein surajouté à sa situation *praevia*. En dehors de ce cas, il *faut attendre*.

Au moment du travail l'allure dystocique prend, au contraire, la première place et ordonne l'*inter-*

vention obstétricale. Ce n'est qu'ultérieurement que l'on pourra songer à intervenir sur le rein, s'il y a lieu.

5° Le caractère rénal de la dystocie n'entraîne aucune particularité de technique. L'accoucheur se comportera comme devant toute dystocie pelvienne, mais *l'épreuve du travail sera courte.*

6° Il faudra recourir, sans tarder, à la *césarienne.*

7° La voie *supra-symphysaire* réunit la majorité des suffrages.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALGLAVE. — *Ectopie pelvienne du rein*. Société de Chirurgie (9 juillet 1930, p. 963).
- BALARD. — *Sur un cas de dystocie par rein ectopique praevia*. Bulletin des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux (23 janvier 1931, p. 97).
- BRINDEAU. — *Pratique de l'art des accouchements* (1927, 2^e volume, p. 293).
- DOSSOT. — *La Presse Thermale et Climatique*, n° 3.246, 15 mai 1933.
- GIRARD. — *De l'ectopie simple congénitale du rein* (Thèse de Paris, 1911).
- LAFFITTE ET SMITH. — *Le rein pelvien chez la femme*. Journal d'urologie de novembre 1930, et Société de Chirurgie, 1930, p.
- LELORIER ET MAYER. — *Dystocie par rein ectopique*. — Bulletin des sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie (1934, p.352).
- PAPIN. — *Chirurgie du rein* (1928). Le siège des ectopies rénales (Tome I, p 204).

- RAMOS. — *Ectopie rénale congénitale constituant une tumeur praevia au cours de l'accouchement. Gynécologie et obstétrique* (1928, p.97).
- SETTERGREN. — *Ectopie rénale congénitale. Journal de Chirurgie* 1934 (2^e volume, p. 293).
- TEPOSU. — *Sur 5 cas d'ectopie rénale congénitale diagnostiquée par la pyélographie. XXXV Congrès d'urologie, Paris (octobre 1935, p. 759).*
- VERMELIN et CHALNOT. — *Rein ectopique pelvien, cause de dystocie. Bulletin des sociétés d'obstétrique et de gynécologie, 1933 (p. 226)*

